

Diss. Paris 1913.

Koupliansky (c. H.).

433

320

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1913 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mendel. KOUPLIANSKY

Né à Witebsk (Russie), le 13 juin 1884



Le Chancre syphilitique

DE LA

CONJONCTIVE PALPÉBRALE



Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERRER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Accoucheur de la Clinique Baudeloque

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGEROT

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE

Médecin de Lariboisière

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ERNEST GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

En hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

LE CHANCRE SYPHILITIQUE

DE LA

Conjonctive palpébrale

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'honneur de faire un stage dans le service du professeur GAUCHER, où nous avons appris à connaître la syphilis dans ses diverses révélations, nous nous sommes profondément pénétré du précepte du maître de chercher et de soupçonner la syphilis partout, même là où ce fait paraît le plus extraordinaire. Aussi quand M. le Professeur GAUCHER nous a proposé de faire notre thèse sur « les chancres syphilitiques de la conjonctive palpébrale », il nous a été très agréable d'étudier cette question et faire voir que même la conjonctive palpébrale, si bien cachée et protégée soit-elle, n'est pas moins exposée à l'infection syphilitique.

Mais avant de commencer cette étude, notre premier devoir est de remercier tous les maîtres qui ont contribué à faire notre éducation médicale, et de nous acquitter de la dette de reconnaissance que nous avons contractée vis-à-vis d'eux pendant nos années de scolarité.

Tout particulièrement nous voulons adresser ici nos plus respectueux remerciements à notre éminent maître M. le Professeur GAUCHER, qui nous a tant révélé sur cette terrible maladie qu'est la syphilis, et dont les leçons du dimanche et du mercredi resteront inoubliables dans notre mémoire.

Nous remercions chaleureusement M. le professeur agrégé GOUGEROT qui, pendant notre stage à l'hôpital Saint-Louis, n'a pas cessé de nous prodiguer ses conseils tant sur les maladies vénériennes et la dermatologie, que sur la médecine générale.

Arrivé au terme de nos études, et à la veille de quitter la France, nous considérons comme un véritable devoir d'exprimer notre vive reconnaissance et nos meilleurs remerciements tant à la France qu'à la Faculté de Médecine de Paris, où nous avons trouvé pendant notre long séjour, la plus large hospitalité.

Nous nous en allons dans notre pays en emportant dans notre cœur la plus grande et sincère amitié pour la France, et le beau souvenir d'un noble pays.

HISTORIQUE

Le chancre syphilitique oculaire n'a été remarqué que depuis 1850, et la première observation est due à RICORD. « Ce fut à cette époque pleine de discussions, dit FOURNIER, une véritable surprise, presque un événement. » Depuis 1850 parurent de nombreux travaux sur les chancres extra-génitaux, sur les chancres céphaliques en particulier. Peu à peu le chancre oculaire se dégagaa, et on ne le considéra plus comme un événement.

ZEISSL fait une statistique, et trouve le chancre oculaire dans la proportion de 1 sur 20.000 chancres de tous sièges.

LAVERGNE et PERRIN, en 1884, publient 27 observations de chancres extra-génitaux, toutes recueillies dans le service de FOURNIER, parmi elles s'en trouvent 5 concernant l'œil et les paupières.

En 1886, David BECK publie 94 cas de chancres oculaires, dont 6 sur la conjonctive.

FORTUNIADÈS, en 1890, dans sa thèse, donne la proportion de 1 chancre sur 500 de tous sièges.

BULKLEY, en 1895, trouve sur 113 cas de chancres extra-génitaux 4 des paupières. Il publie un tableau

de 9.058 chancres extra-génitaux, parmi lesquels il en relève 372 concernant les paupières et la conjonctive.

FOURNIER, en 1897, dans son livre *les Chancres extra-génitaux* consacre un long article, d'une précision remarquable, au chancre oculaire. Dans un tableau concernant 849 cas de chancres céphaliques, il en mentionne 21 concernant l'œil. Il divise les chancres oculaires en chancres de la conjonctive, ces derniers se subdivisant à leur tour en chancres du grand angle de l'œil, du petit angle de l'œil, de la conjonctive palpébrale, de la conjonctive bulbaire et des culs-de-sac conjonctivaux.

TOUCHELAUME, en 1889, fait une thèse sur les chancres syphilitiques de la conjonctive oculaire en général.

PÉLISSIER, dans sa thèse, étudie les chancres de la conjonctive bulbaire. Nous nous sommes attaché à étudier plus spécialement les chancres de la conjonctive palpébrale, sur lesquels nous n'avons trouvé aucun travail d'ensemble.

Cependant, étant donné que le cul-de-sac conjonctival n'est en somme qu'une région toute virtuelle, et que les chancres de la conjonctive palpébrale s'étendent très souvent sur les culs-de-sac et réciproquement, nous n'avons donc pas cru pouvoir séparer complètement les chancres de ces deux régions, et nous nous sommes vu forcé de les associer dans notre travail.

C'est DESMARRES le premier qui, en 1852, à

observé un chancre de la conjonctive palpébrale chez une sage-femme. Il est regrettable que la malade ne fut pas suivie, et le diagnostic confirmé par l'apparition des phénomènes secondaires.

GALEZOWSKI, en 1872, publie une deuxième observation du chancre syphilitique non contestable vu l'apparition des syphilides papulo-tuberculeuses.

FOURNIER, dans la thèse de Savy publie un cas de chancre chez un médecin, infecté par la projection d'une gouttelette de salive dans un effort de toux pendant qu'il cautérisait un syphilitique atteint de plaques muqueuses de la gorge.

Stedman BULL, en 1878, rapporte un cas, dans lequel le malade fut pris par la suite d'une iritis, mais l'auteur ne précise pas si c'était l'œil précédemment atteint par le chancre qui fut devenu malade.

SZOKALSKI, en 1880, publia un cas où le malade fut infecté par un syphilitique qui a cherché à lui enlever avec la langue un cil du cul-de-sac conjonctival.

Dans les 27 observations publiées par LAVERGNE et PERRIN, en 1884, on trouve un cas du chancre de la conjonctive palpébrale.

MONTGOMERY, de Chicago, en 1885, rapporte un nouveau cas de chancre inoculé par des tentatives d'extraction d'un corps étranger de l'œil par la langue.

DAVID de BECK, en 1886, publie un cas, et fait une étude sur la localisation palpébrale de l'accident

primaire. Il réunit 94 cas, parmi lesquels 55 cas en France et dans le sud de l'Europe. Il est curieux de noter que parmi ces 94 cas, il n'a trouvé que 4 cas à localisation cutanée, or nous savons aujourd'hui que le chancre palpébral se rencontre beaucoup plus fréquemment que celui de la conjonctive.

NIVET, dans sa thèse en 1887, rapporte deux nouveaux cas ; pour l'un deux dans une clinique ophtalmologique, on porte le diagnostic de conjonctivite avec rétrécissement du canal nasal, et c'est seulement l'apparition des syphilides qui montra la véritable nature de l'affection.

MARLOW, en 1890, ROLLAND, en 1894, REISS, RIEGEL et HITSCHMANN, en 1896, DUBOIS, de Lavirgerie, en 1897, publient encore des cas de chancres de la conjonctive palpébrale.

MAZET, en 1897, rapporte une observation d'un chancre pris pour un chalazion, et où le diagnostic exact ne fut fait qu'après la tuméfaction considérable des ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires.

SGROSSO, en 1900, ajoute deux nouveaux cas aux précédents, et fait, le premier, une étude anatomo-pathologique sur les chancres de la conjonctive palpébrale.

Suivent après les observations de DERJAVINE, ASTENZO, ELLET, SULZER, ROHMER et de MARLOW. Dans cette dernière, il se forme dix ans après, sur l'œil précédemment atteint de chancre une kératite interstitielle.

AUBINEAU, en 1907, publie un cas où parallèlement au chancre évoluait une kératite interstitielle ; le diagnostic était confirmé par la constatation des spirochètes dans les frottis.

Dans ces dernières cinq années, nous trouvons les observations de RICCARDO-SPARTANO, ANGELIS, ROCHE, HOUDARD et DUBOUCHER. Dans l'observation de Duboucher la contagion par la langue est nettement retrouvée de nouveau et le sujet, source d'infection, est trouvé porteur de plaques muqueuses de la langue.

STATISTIQUE

Les chancres de la conjonctive palpébrale sont très rares, puisqu'en cherchant dans les littératures française, allemande, anglaise, russe et italienne, nous n'en n'avons trouvé que 52 cas. Parmi les chancres oculaires ils sont les plus rares, après ceux de la conjonctive bulbaire, ces derniers ne se retrouvant que dans une quarantaine d'observations.

Il est impossible de fixer les proportions exactes des diverses variétés du chancre oculaire, étant donné que dans les statistiques, sous la rubrique « chancres oculaires », les auteurs comprenaient aussi bien les chancres palpébraux que ceux de la conjonctive. Donc nous ne pouvons pas nous prononcer sur le rapport entre le chancre de la conjonctive palpébrale et le chancre oculaire en général. Quant au pourcentage des chancres oculaires comparativement aux chancres extra-génitaux, nous trouvons dans les différents auteurs les chiffres suivants :

FOURNIER sur 847 ch. extr.-gén. trouve	
laires	2,5 o/o
LAVERGNE et PERRIN sur 26 ch. extr.-gén. trouve	
5 ch. oculaires	18,5 o/o

POSPELOW sur 113 ch. extr.-gén. trouve 3 ch. oculaires.	2,6 o/o
NEUMANN sur 207 ch. extr.-gén. trouve 1 ch. oculaire.	» »
NIVET sur 595 ch. extr.-gén. trouve 15 ch. oculaires.	2,5 o/o
POREY-KOCHITZ sur 888 ch. extr.-gén. trouve 130 ch. oculaires.	14,6 o/o
RONA sur 46 ch. extr.-gén. trouve 2 ch. oculaires.	4,3 o/o
HERZFELD sur 764 ch. extr.-gén. trouve 23 ch. oculaires.	3,5 o/o
BOURGEOIS.	2 o/o
En moyenne.	5 o/o

On voit donc la rareté du chancre oculaire.

Comparé avec les diverses affections syphilitiques de l'œil, le chancre oculaire constitue aussi une manifestation rare :

BADAL, sur 631 cas de syphilis oculaire, ne l'a rencontré que onze fois, et EVILLÉ sur 341 cas, deux fois.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie du chancre de la conjonctive palpébrale est assez difficile à découvrir, d'autant plus que les malades, vu la nature de la lésion et sa localisation, n'aident guère le médecin à établir la véritable cause. Cependant on peut invoquer un certain nombre de causes qui doivent être signalées avec raison, comme ayant été l'origine de l'infection. Le sexe n'est pas indifférent vis-à-vis de cette localisation du chancre, puisque, si nous nous basons sur les observations citées dans notre thèse, nous voyons que le nombre des hommes est presque le triple de celui des femmes.

TOUCHELAUME et KROLL, trouvent au contraire un nombre sensiblement égal des deux sexes. L'âge joue un rôle considérable dans l'étiologie de ce chancre, ce sont les adultes surtout qui en sont le plus souvent atteints.

Dans nos observations nous trouvons :

A 14 ans	1 ^{er} cas
19 —	1 —
20 —	1 —
21 —	2 —
22 —	2 —
23 —	3 —

24 —	3 —
25 —	2 —
26 —	1 —
29 —	1 —
30 —	2 —
31 —	1 —
36 —	2 —
37 —	1 —
40 —	1 —
49 —	1 —
50 —	2 —
54 —	1 —

Nous manquons de renseignements sur les âges respectifs des autres cas.

Les enfants n'en sont pas exempts, et nous rapportons plus loin une observation d'un enfant de huit mois.

Les médecins et les sages-femmes semblent plus exposés au chancre conjonctival, et relativement à leur nombre, en être plus fréquemment atteints.

FOURNIER relate l'histoire d'un médecin, qui, en cautérisant un malade affecté de plaques muqueuses de la gorge, a reçu dans l'œil une gouttelette de salive, projetée dans un effort de toux. De même SCHWEINITZ rapporte un cas d'un médecin infecté pendant l'accouchement d'une femme ; au moment de la délivrance, le visage de l'accoucheur fut écla-boussé par du liquide utérin.

Les diverses affections oculaires et palpébrales, surtout celles accompagnées d'érosions et d'exco-riations, comme la blépharite prurigineuse par

exemple présentent une cause favorisante indiscutable pour la localisation du chancre.

Dans l'observation de REISS, le chancre se trouve sur l'œil atteint depuis longtemps de conjonctivite granuleuse. Quant au mécanisme exact de la contamination, nous relevons dans nos observations : emploi des lavabos et des serviettes publiques (1 cas), emploi du linge d'un syphilitique pour la toilette du visage (1 cas), les soins auprès des enfants hérédosyphilitiques (4 cas), les tentatives d'extraction au moyen de la langue d'un corps étranger de l'œil (5 cas). Sur ce dernier mode de contamination DUBOUCHER rapporte une très intéressante observation, où la personne qui procédait à l'extraction du corps étranger fut trouvée porteuse de plaques muqueuses de la langue.

TEPLYASCHIN, en 1887, dans le district de Vyatka, a observé une véritable épidémie des chancres oculaires chez les individus atteints de blépharite, qui dans un but thérapeutique se faisaient lécher les paupières par des « magiciennes » qu'on a trouvé affectées de plaques muqueuses de la bouche.

Dans un cas, l'auteur (REISS), pour expliquer la contamination de son malade, admet l'hypothèse d'infection par des instruments d'oculistique. L'étiologie des autres cas nous est restée inconnue.

Pour Touchelaume le baiser est le plus fréquent de tous les modes de transmission de ce chancre.

Il est intéressant de noter que nulle part nous n'avons pas relevé la contagion directe, à l'exception

d'un cas cité par Despagne, où le malade interrogé sur le mode de sa contamination « se livra à force détails, qui ne laissent subsister aucun doute sur le mode de propagation du chancre ».

On admet que l'agent déterminant du chancre syphilitique est le *Spirochaete pallida* de Schaudinn et Hoffmann, spirille très fin et assez long se colorant faiblement par la méthode de Giemsa.

SYMPTOMATOLOGIE

Les chancres de la conjonctive palpébrale se rencontrent aussi bien sur la paupière supérieure que sur l'inférieure, et dans des proportions égales presque : dans les observations que nous citons, le chancre était localisé vingt et une fois sur la paupière supérieure et vingt fois sur l'inférieure. Le chancre est en général unique. Mais parfois il est double, localisé à la fois sur la surface cutanée et la surface conjonctivale de la paupière, comme nous en citons un cas chez un enfant de huit mois. Dans une observation (GELLÉ) il existait à la fois un chancre de la conjonctive palpébrale et un de la muqueuse pituitaire. Très souvent le chancre de la surface muqueuse de la paupière, en évoluant se développe vers le cul-de-sac correspondant, ou inversement celui du cul-de-sac envahit la surface interne de la paupière. Dans un cas, le chancre était bivalve, en feuilles de livre, et occupait le cul-de-sac conjonctival et les conjonctives palpébrale et bulbaire, de telle sorte que les deux surfaces du chancre se touchaient l'œil étant fermé. C'est rare si le malade consulte dès les premiers jours de l'affection. Au début il n'y a qu'une

tuméfaction de la paupière, modifiant l'aspect de la fente palpébrale qui se rétrécit. Puis la paupière devient rouge, ou plutôt rose dans une partie de son étendue.

Il existe un peu de larmolement ; une petite sécrétion muco-purulente se fait voir à la base des cils et aux angles des commissures, qui sont collées. Il n'y a pas du tout de douleurs, tout au plus a-t-on une sensation de tension, de corps étranger dans l'œil. Parfois le malade s'aperçoit en même temps d'un petit bouton rouge, qui fait saillie en se détachant de la surface muqueuse palpébrale. Le bouton est ordinairement l'objet, de la part du malade, de piqûres, qui le font saigner, d'applications humides chaudes, toutes sortes de manipulations, qui évidemment, n'entravent en rien l'évolution du chancre.

Quelquefois le malade voit en même temps se développer au-devant des oreilles « des glandes ». Il consulte alors le médecin. On constate alors que la paupière est rouge vineuse dans une certaine étendue, et là, dans cette partie, on trouve à la palpation une induration marquée, qui est bien différente de celle du cartilage tarse. La paupière est d'ordinaire très tuméfiée, en même temps qu'abaissée, recouvrant la paupière inférieure en cas de localisation du chancre sur la paupière supérieure. La tuméfaction peut être parfois tellement prononcée, surtout à la paupière supérieure qu'elle s'oppose à son renversement, et il est alors impossible de voir le chancre lui-même. Si on écarte les paupières on voit

la conjonctive bulbaire notablement injectée, la cornée et l'iris normaux. En renversant la paupière malade, on trouve la conjonctive palpébrale très congestionnée, et dans un point de son étendue, le chancre avec ses caractères. De l'analyse attentive de la lésion sous laquelle le chancre de la conjonctive palpébrale se présentait aux différents observateurs, nous avons cru pouvoir conclure, que si dans la grande majorité des cas, la lésion était une ulcération, il y a toutefois des cas où le chancre ne revêtait la forme d'une petite tumeur, la forme modulaire. Nous allons étudier ces deux modalités du chancre.

Dans la forme ulcéro-érosive on se trouve en présence d'une ulcération le plus souvent circulaire ou ovale de dimensions d'une monnaie de 50 centimes environ, à bords peu marqués, se continuant avec le reste de la conjonctive, à fond humide, luisant, rouge musculaire ou blanc-grisâtre lardacé, saignant légèrement à la pression. Parfois la surface de l'ulcération est couverte d'une fausse membrane diphtérique assez adhérente, ne disparaissant que par la suite au cours de l'évolution du chancre. Si on prend cette ulcération suivant l'un de ses axes, on constate nettement qu'elle repose sur une zone indurée, cartilagineuse. On a la même sensation si on palpe la lésion à travers la peau de la paupière, mais avec moins de netteté.

L'ulcération est complètement indolente. Cette indolence est d'autant plus remarquable étant donné la sensibilité exquise de la conjonctive et la photo-

phobie intense qui accompagne sa moindre lésion. C'est seulement dans les cas où, sous l'influence des microbes qui abondent dans les culs-de-sac conjonctivaux, il se forme une infection secondaire, que les symptômes de conjonctivité aiguë véritable (douleur, photophobie, sécrétion), font leur apparition. Si le chancre se présente sous la forme d'une petite tumeur, on trouve en renversant la paupière malade, une grosseur de dimensions d'une petite noisette ou d'amande, gris jaunâtre ou rougeâtre, de consistance dure, parcheminée, dont la base indurée fait corps avec la conjonctive, et la face libre regarde le globe oculaire. A la surface de la grosseur au début on ne trouve le plus souvent ni ulcération, ni excoriation. Mais parfois la grosseur s'exulcère en allant du centre à la circonférence, et alors on a un chancre saillant, bombé et ulcéré, typique.

Comme dans la forme précédente, on sent à travers la peau un noyau induré, se perdant dans une tuméfaction dure et diffuse. L'adénoptathie est constante, parfois elle est précoce et met sur la voie du diagnostic. D'après KROLL elle apparaît du dix-septième au vingtième jour, à partir du début de l'affection. C'est surtout les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires qui sont atteints.

Au-devant de l'oreille du côté correspondant, à quelques millimètres du tragus, trouve-t-on presque constamment un ganglion tuméfié, dur, indolore, mobile sous les doigts, de la grosseur d'un haricot. Dans certains cas, il est beaucoup plus volumineux :

on a noté des dimensions d'un œuf de pigeon, d'une petite orange. L'adénopathie est dans la plupart des cas unilatérale. Dans une observation, l'adénopathie était bilatérale et très volumineuse, « le malade avait des oreillons ».

Les ganglions sous-maxillaires sont aussi envahis. On trouve sous l'angle de la mâchoire correspondante, plusieurs ganglions avec les mêmes caractères que précédemment (dureté, indolence, mobilité). Parfois, on trouve encore des ganglions dans la région cervicale et le long du muscle sterno-cleido-mastoïdien du même côté. Depuis l'oreille jusqu'à la clavicule, il existe parfois une véritable chaîne ganglionnaire.

ÉVOLUTION

Le chancre de la conjonctive palpébrale, une fois constitué, demeure stationnaire pendant un temps qui varie d'un à deux mois ; puis au bout de ce temps, la cicatrisation s'opère d'ordinaire sans laisser des traces bien apparentes.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du chancre de la conjonctive palpébrale est assez difficile à faire, d'autant plus que la plupart du temps on n'y pense pas, aussi, les erreurs sont assez souvent commises, et parfois c'est l'apparition des phénomènes secondaires seulement qui fait le diagnostic. On se trompe surtout au début de l'affection, quand les symptômes sont à peine ébauchés.

Plus tard, quand apparaissent les grands symptômes — ulcération indolore, reposant sur une base indurée, à bords sans reliefs, ou petite grosseur dure, grosse comme une noisette, à surface ulcérée ou non, faisant corps avec la conjonctive, accompagnée d'une tuméfaction du ganglion préauriculaire, dur, indolore et mobile sous les doigts — le diagnostic devient facile.

Si, de l'aspect clinique du chancre, il est impossible de faire le diagnostic, il faut s'adresser alors au laboratoire pour rechercher les tréponèmes sur les frottis et faire la réaction de Wassermann, bien que dans les trois premières semaines elle reste encore toujours négative.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic du chancre de la conjonctive palpébrale doit être fait avec la tuberculose de la conjonctive, l'épithélioma, le chancre mou, les manifestations syphilitiques secondaires et tertiaires, et avec diverses affections oculo-palpébrales comme l'orgelet, le chalazion, l'herpès.

La tuberculose de la conjonctive se rencontre le plus souvent chez les enfants et les individus jeunes, à antécédents bacillaires, rarement comme localisation primitive, beaucoup plus souvent comme lésion secondaire de voisinage par extension d'un lupus du dos du nez, du canal nasal ou des paupières; l'ulcération est à fond gris sale, à bords déchiquetés, festonnés, à base non indurée, avec de petits nodules gris jaunâtre à la périphérie.

L'épithélioma se voit chez les adultes âgés. C'est une tumeur rougeâtre, de consistance variable, à surface peu lisse, tomenteuse, saignant facilement; la coloration n'est pas uniforme, par places elle est d'un rouge sale, granuleux. Les ganglions apparaissent tardivement.

Le chancre mou, simple, est tellement rare à la conjonctive, que son existence a été discutée (PANAS). Cependant il existe des observations indiscutables (l'observation de CASTOU, in thèse de GROLEAU, Paris, 1896, et celle de VIGNES, dans la *Revue générale d'Ophthalmologie*, 1898).

Le chancre mou est douloureux, à bords rouges, taillés à pic et décollés, à fond gris jaunâtre, anfractueux. Son pus est inoculable au porteur ; l'adénopathie est douloureuse. L'examen microbien révèle le bacille de Ducrey-Unna.

Les plaques muqueuses de la conjonctive se distinguent par l'absence de l'induration et des ganglions ; la manifestation oculaire est rarement isolée, et on constate en même temps d'autres phénomènes secondaires.

La tarsite syphilitique qui est un symptôme tardif de la syphilis, évolue sans douleurs ; la tuméfaction occupe la paupière tout entière, la tumeur est localisée dans le tarse.

Les gommes de la conjonctive palpébrale sont extrêmement rares, beaucoup plus rares que sur la conjonctive bulbaire. Dans les 25 observations qu'a réuni Bayard dans sa thèse, la conjonctive palpébrale n'était atteinte que cinq fois. Dans la gomme, l'ulcération est beaucoup plus creuse, plus étendue, plus sanieuse. Les antécédents du malade, l'absence de l'adénopathie et l'action rapidement modificatrice de l'iodure suffisent à différencier la gomme du chancre (Fournier).

L'orgelet a une marche inflammatoire douloureuse, et ne s'accompagne pas d'adénopathie.

Le chalazion est d'aspect arrondi, de consistance dure, de contenu granuleux et rarement ulcéré. Pas de ganglions.

Dans l'herpès conjonctival il y a de la douleur, une photophobie très intense, les ganglions sains.

PRONOSTIC

Le pronostic est peu grave pour l'œil et la vision qui n'est jamais affectée par le chancre initial. Un ou deux mois après le début de l'affection, le chancre disparaît complètement en laissant rarement à sa place une petite induration. La *restitutio ad integrum* est complète. L'adénopathie persiste un peu plus longtemps. Cependant, parfois l'évolution du chancre s'accompagne de complications du côté de l'œil, et dans l'observation d'AUBINEAU nous retrouvons que parallèlement au chancre évoluait une kératite interstitielle, qui persistait encore dix mois après la guérison du chancre. De même, les observations de TRACHER COLLINS et de MARLOW font nettement ressortir, que l'œil atteint précédemment du chancre devient un *locus minoris resistentiæ*, une sorte de point d'appel pour des localisations syphilitiques secondaires et tertiaires ; dans leurs observations, ces auteurs citent des cas où ils ont vu une kératite interstitielle s'installer dix ans après sur l'œil atteint précédemment de chancre.

Le progrès de l'ulcération peut amener des adhérences entre les deux feuillets de la conjonctive, la

disparition du cul-de-sac conjonctival, un véritable symblépharôn. GALEZOWSKI cite un cas, où il a dû intervenir pour un symblépharôn, suite de chancre syphilitique. Mais ces accidents sont rares.

On croyait autrefois que les accidents syphilitiques observés à la suite du chancre céphalique étaient plus graves et plus précoces que ceux observés après un chancre des autres parties du corps, et que les chancres de la conjonctive étaient d'une gravité plus grande encore, en raison des relations étroites qui existent entre la circulation oculaire et celle du cerveau. Mais il n'y a là rien de certain. FOURNIER a démontré que les chancres faciaux n'avaient pas de gravité plus grande que les autres.

TRAITEMENT

Dès que le diagnostic du chancre syphilitique est porté, il faut tout de suite instituer le traitement classique de la syphilis par des injections quotidiennes de benzoate de mercure. Localement on fera des fomentations fréquemment répétées avec une solution émolliente, des lotions avec de l'eau boriquée.

FOURNIER s'oppose énergiquement contre la pratique de saupoudrer le chancre de la conjonctive avec du calomel ou de l'iodoforme. Pour prévenir la formation du symblépharon, interposer des substances graisseuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un seul observateur, SGROSSO, ayant excisé dans un but thérapeutique un chancre de la conjonctive palpébrale constitué par une petite tumeur, a eu la bonne occasion d'en faire une étude anatomo-pathologique.

Nous nous permettrons donc de rapporter ici in-extenso les constatations qu'a fait cet auteur sur la structure histologique de cette tumeur chancreuse.

« A faible grossissement (Zeiss oc. 2, obj. A.) la reproduction semble constituée par deux parties : par un tissu fondamental, qui a presque partout un aspect homogène, sauf dans certains points, où il est en faisceaux entremêlés en plexus, et par des éléments cellulaires intercalés dans ce tissu fondamental et dans ses mailles. A ces éléments cellulaires est due la coloration intense des préparations et leur apparence finement granuleuse.

Dans la masse, ici et là on voit des foyers de diverse grandeur, rond, irréguliers, et à contours indécis, dans lesquels, en plus d'un aspect granuleux plus accentués, on note une uniforme et moins

dre coloration ; il existe quelques foyers dont la partie centrale est presque décolorée. Dans les parties périphériques de la tumeur qui correspondent à sa surface libre, le tissu fondamental est plus dense et plus riche en éléments cellulaires ; en certains points, l'infiltration est tellement intense qu'elle cache le tissu fondamental, tandis que là où l'infiltration est moins abondante, ce tissu a les caractères plus évidents du tissu fibreux. Dans certains points, la partie périphérique est presque tout à fait décolorée, et semble comme interrompue d'anfractuosités ; partout à la surface elle est dépourvue de revêtement épithélial. Dans toute la masse de la tumeur trouve-t-on de riches arborisations vasculaires qui, même à faible grossissement, montrent une abondante infiltration à petites cellules fortement colorées ; l'infiltration semble s'étendre des parois des vaisseaux vers les tissus voisins, de sorte que les vaisseaux apparaissent comme entourés d'un manteau de tissu plus fortement coloré.

A un plus fort grossissement, (ZEISS, oc. 4, obj : D) le tissu fondamental apparaît tantôt de structure fibrillaire, tantôt de structure fibreuse, et là où il est de structure fibrillaire, il est richement infiltré d'éléments cellulaires petits et ronds à faible protoplasma, et d'éléments moins nombreux, mais plus grands à protoplasma abondant. Parmi ces derniers on voyait quelques-uns à forme de massue, d'autres fusiformes ou ramifiés, ayant toutes les apparences de fibroblastes.

Les foyers granuleux sont surtout constitués par de petits éléments ronds, parmi lesquels on remarque plusieurs d'apparence épithélioïde, et parfois on voit même quelques cellules géantes. Dans la plupart de ces foyers le centre est formé par des éléments à protoplasma homogène et à noyaux faiblement colorés par les réactifs nucléaires ; on voit même des foyers qui, dans leur centre, au lieu d'éléments cellulaires, présentaient un plexus fibrillaire parsemé d'un detritus granuleux. Dans la partie périphérique de la masse le tissu conjonctif conserve presque partout la structure fibrillaire, mais les fibrilles sont plus denses, plus richement infiltrées d'éléments cellulaires. Dans quelques endroits au contraire le tissu conjonctif a les caractères du tissu scléreux. Dans les parties de la surface libre correspondantes aux discontinuités, les éléments cellulaires sont complètement détruits, et dans certains points le tissu conjonctif fibrillaire a été entièrement remplacé par des foyers de detritus granuleux. Même en se servant de forts grossissements et de coupes en série il est impossible de trouver trace de revêtement épithélial. Les arborisations vasculaires, constituées par des capillaires à paroi élargie, présentent une riche infiltration cellulaire de leurs parois, s'étendant dans le tissu conjonctif périvasculaire ; dans certains capillaires on voit l'endothélium proliféré, d'autres sont tantôt bien conservés, tantôt entièrement détruits avec un aspect d'une masse granuleuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (DESMARRES)

M^{me} G..., sage-femme, âgée de trente ans.

Elle se présente à la clinique pour la première fois le 2 février 1852, son œil gauche est malade depuis quinze jours, la conjonctive palpébrale inférieure est gonflée depuis cette époque. Il n'y a pas de douleurs. Sur le milieu de la conjonctive dans le cul-de-sac inférieur, on voit une tumeur un peu allongée du volume d'un pois vert environ, et au sommet de laquelle il existe une ulcération à bords déchiquetés et taillés à pic, donnant un peu de pus. Cette tumeur allongée fait corps avec la conjonctive sur laquelle elle est couchée en forme de fuseau ; elle adhère complètement à la muqueuse.

Elle offre absolument l'aspect que présenterait une ulcération spécifique primitive sur la muqueuse préputiale.

L'œil est très rouge et secrète un peu, surtout la nuit (conjonctivite palpébro-bulbaire).

Un ganglion pré-auriculaire volumineux de la grosseur d'une forte oveline se fait sentir sous le doigt et vient à l'aide du diagnostic ; cependant, comme la malade n'a pas souvenir d'avoir accouché récemment des femmes infectées,

et qu'elle affirme n'avoir pas eu de rapports suspects, je l'adresse à M. Ricord qui, après un examen attentif, me la renvoie avec le diagnostic suivant : chancre de la conjonctive, avec son adénopathie. Je cautérise l'ulcération le 3 avec le nitrate d'argent ; le 4, au matin, des sangsues sont appliquées sur le ganglion pré-auriculaire. J'ignore comment s'est terminé ce cas, la malade n'étant pas revue à la clinique.

OBSERVATION II (GALEZOWSKI).

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure droite chez une femme de trente ans. Apparition de plusieurs papules et tubercules syphilitiques sur la joue. La lésion consistait en une large ulcération, située à la partie interne et supérieure de la conjonctive palpébrale, et qui s'étendait très loin dans le cul-de-sac conjonctival. Sur la face cutanée de la paupière on sentait avec les doigts une tumeur grosse comme une noisette, dure et à bords un peu amincis. Trois semaines après, apparition d'une forte conjonctivite avec suppuration, qui persista pendant trois semaines et pendant lesquelles il s'est produit une rétraction de la conjonctive qui amena une adhérence du bord interne de la cornée et de la sclérotique. L'œil fut complètement attiré en dedans.

OBSERVATION III (FOURNIER)

(Publiée dans la thèse de SAVY.)

Un de nos confrères me fait l'honneur de me consulter à propos d'une éruption. Cette éruption est manifestement une syphilide papuleuse de forme classique. Le malade affirme cependant n'avoir jamais eu de chancre. Les régions qui sont le plus habituellement le siège des chancres extra-génitaux sont trouvées dans l'état normal. Il devient bientôt évident que c'est sur l'œil que s'est produit l'accident primitif. D'abord, notre confrère se rappelle que, cautérisant un malade affecté d'accidents syphilitiques de la gorge, il a reçu dans l'œil une gouttelette de salive, projetée par un effort de toux. De plus, quelque temps plus tard il a ressenti dans cet œil une légère douleur accompagnée d'une injection de la conjonctive. A l'examen il reconnut dans le cul-de-sac oculo-palpébral inférieur l'existence de deux petites érosions rouges, superficielles, encore très petites. Au moment où je suis appelé à voir le malade, la conjonctive oculaire est encore notablement injectée. La vision est un peu trouble ; il existe au point de l'érosion primitive une induration parcheminée des plus nettes. Cette induration est nettement circonscrite et présente la forme d'une amande. Au toucher elle offre une résistance spéciale, comparable à celle du cartilage. Au-devant de l'oreille se trouve un ganglion de la grosseur d'une petite olive, indolent, dur et mobile sous le doigt. En arrière du ganglion, inférieurement, on en trouve un second, un peu plus volumineux, dur, indolent et mobile. Tout s'accorde

donc à confirmer le diagnostic du chancre de la conjonctive oculo-palpébrale.

OBSERVATION IV (STEDMAN BULL)

Le sujet était un jeune homme de vingt-neuf ans. Aucune maladie vénérienne dans ses antécédents. Une semaine avant l'époque où je vis le malade, sa paupière inférieure devint rouge, oedématiée et douloureuse. L'œil laissait écouler une légère sécrétion muco-purulente. En renversant la paupière, on voyait au fond du cul-de-sac inférieur une surface ulcérée, recouverte d'un enduit pultacé grisâtre, à base indurée. L'ulcération remontait sur la conjonctive bulbaire très épaissie à ce niveau. Toute la conjonctive était fortement congestionnée. Le ganglion pré-auriculaire était tuméfié et douloureux. On diagnostiqua un chancre de la conjonctive.

Neuf semaines après l'apparition du chancre, se montrent des plaques muqueuses de la bouche et une roséole. Le malade fut pris dans la suite d'une iritis occupant un seul œil.

OBSERVATION V (SZOKALSKI)

Homme. Mode d'infection : avait un cil de l'œil dans le cul-de-sac conjonctival. Un syphilitique a cherché à le lui enlever avec la langue. Situation : conjonctive palpébrale de la paupière inférieure gauche. Symptômes secondaires : ulcérations secondaires de la langue.

OBSERVATION VI (ADAMS)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure. Symptômes locaux : ressemble à un chalazion ; la ponction n'a pas donné de pus. Sur une base indurée existe une surface ulcérée de 12 millimètres sur 14.

Ganglions engorgés.

OBSERVATION VII (WHERRY)

L'auteur rapporte un cas de chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure droite chez un berger de vingt-trois ans. Il existait sur la conjonctive, un peu en dehors du milieu, un ulcère à base indurée ; chémosis intense, le reste de l'œil est normal. Les ganglions de la région parotidienne et sous-maxillaire tuméfiés et durs.

Apparition des phénomènes secondaires typiques cinq semaines après.

OBSERVATION VIII (DENTI)

Femme de trente-six ans. Mode d'infection : tandis qu'elle portait un très jeune enfant, l'enfant lui avait égratigné l'œil en produisant une très légère blessure. L'enfant était porteur d'une syphilide papuleuse généralisée. Situation : cul-de-sac inférieur de l'œil gauche. Symptômes locaux : la légère abrasion se changea en ulcération à bords élevés. Fond grisâtre

et pultacé et base indurée Ganglions préauriculaires et sous-maxillaire indurés. Roséole, plaques muqueuses peu de temps après.

OBSERVATION IX (CLAYES)

Chez un homme de trente ans, qui en même temps présentait d'autres manifestations syphilitiques, l'auteur a observé sur la conjonctive palpébrale un ulcère à bords indurés, qui du point lacrymal s'étendait jusqu'à la caroncule et vers le cul-de-sac conjonctival. Guérison par le traitement antisypilitique.

OBSERVATION X (DEMETS)

Chancre induré de la conjonctive palpébrale.

Annales de la Société de Médecine de Gand, 1884, p. 137.

OBSERVATION XI (BRINKEN)

L'auteur a observé chez un homme de vingt-deux ans, sur la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure dans sa moitié nasale, une ulcération ronde, gris jaunâtre, à base indurée. Quelques jours après sont apparues sur tout le corps d'autres manifestations syphilitiques.

OBSERVATION XII (Résumée)

FERNAND LAVERGNE et PERRIN

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure gauche chez un garçon de café de vingt-sept ans. Adénopathie considérable. Du lobule de l'oreille à 3 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire se trouve une série de ganglions superposés.

Roséole commençante au niveau du thorax.

OBSERVATION XIII (MONTGOMERY, Chicago)

Homme de quarante ans, hôtelier. Mode d'infection : le malade avait un petit corps étranger dans l'œil et un camarade le retira avec sa langue. On ne connaît pas l'état de santé de ce dernier. Situation : paupière supérieure gauche vers la partie médiane, s'étendant du bord de la paupière vers la conjonctive. Symptômes locaux, ulcération indurée avec des bords abrupts. État des ganglions : engorgement pré-auriculaire. Symptômes secondaires.

OBSERVATION XIV (Résumée)

DAVID DE BECK

Homme de vingt-six ans. Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure droite, pris pour une conjonctive catarrhale. Roséole. Plaques muqueuses de la bouche et du pharynx.

OBSERVATION XV (NIVET)

Homme de trente-six ans, cocher, ayant mal à l'œil se rendit à la consultation d'une clinique ophtalmologique, où on diagnostiqua « conjonctivité et rétrécissement du canal nasal ». Deux mois après il eut une éruption de syphilides papulo-squameuses. Adénopathie pré-auriculaire et rétro-maxillaire correspondante. A l'examen, la paupière supérieure gauche est tuméfiée, rouge violacée; la tuméfaction rend impossible son renversement, cependant à travers le cartilage tarse à sa partie interne, on sent un noyau dur très manifeste.

OBSERVATION XVI (NIVET)

Garçon de quatorze ans, présentait des symptômes de conjonctivite. Larmoiement, Un petit bouton sur la conjonctivite palpébrale. Engorgement dur mais indolore des ganglions rétro-maxillaires. En abaissant la paupière inférieure, on aperçoit la conjonctive palpébrale très rouge et présentant à sa partie externe une ulcération sans bords très nets. Au niveau de cette lésion, on sent à travers la paupière un noyau dur. Adénopathie correspondante volumineuse, dure et indolente.

OBSERVATION XVII (TOUCHELAUME)

Homme de dix-neuf ans. Chancre syphilitique du cul-de-sac supérieur de la conjonctive de l'œil droit. Ayant retourné

la paupière on a trouvé au niveau du cul-de-sac conjonctival une ulcération, ayant son grand axe horizontal placé suivant l'axe du cul-de-sac, et ne faisant pas saillie sur le reste de la conjonctive. Induration parcheminée manifeste. Un ganglion préauriculaire et des sous-maxillaires volumineux et durs. Apparition de la roséole vingt jours après. Le malade prétend rapporter la cause à un baiser sur l'œil, « mais il est permis d'émettre des doutes sur la véracité de ses affirmations ».

OBSERVATION XVIII (MARLOW)

(Traduite d'anglais.)

Femme, âgée de quarante-neuf ans, veuve, vient nous consulter pour une tuméfaction de la paupière supérieure gauche. On trouve la paupière tuméfiée surtout dans sa partie interne, où on peut sentir une induration circonscrite ; elle recouvre la paupière inférieure, on ne peut pas la retourner. En essayant de la renverser on constate un chémosis ; la cornée et l'iris sont d'aspect normal. Il existe une petite sécrétion deux jours après. Le ganglion préauriculaire est tuméfié. On discute la possibilité d'un chancre syphilitique. Cependant on ne trouve pas d'ulcération sur la partie de la conjonctive restée visible. On revoit la malade dix jours après. Pas d'amélioration. Une ulcération a envahi le bord palpébral près de l'angle interne, et on peut constater au retournement partiel de la paupière la présence d'un ulcère irrégulier sur la conjonctive palpébrale. Le ganglion préauriculaire est plus tuméfié encore ; les ganglions sous-maxillaires du côté gauche sont de dimension d'une petite

orange. Le pharynx est congestionné, mais il n'existe pas d'ulcération. On porte le diagnostic de chancre syphilitique, qui est confirmé par la découverte de ce fait, que la fille de la malade était la mère d'un enfant illégitime hérédosyphilitique, couvert de la tête aux pieds, sur tout le corps et sur les doigts, d'une éruption papulo-squameuse cuivrée. La grand'mère avait tous les soins de l'enfant. Il était donc possible que la contamination ait pu avoir lieu par contact des doigts de l'enfant avec les yeux de la grand'mère.

OBSERVATION XIX (PURTSCHER)

Fille de dix-huit ans. Chancre induré du cul de-sac conjonctival inférieur de l'œil droit. La lésion était une ulcération de la grosseur d'un haricot, à bords très indurés. Grosse tuméfaction et congestion de la périphérie, adéno-pathie préauriculaire. La malade était vierge. Les modes d'infection : léchage de l'œil dans un but thérapeutique par la mère de la malade, syphilitique.

OBSERVATION XX

(DUBARRY dans la thèse d'AUMONT.)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure gauche chez une petite fille de trois ans et trois mois.

En retournant la paupière, on constatait que toute la conjonctive palpébrale était tirillée vers un point central gros comme une petite lentille, d'un jaune gris, se continuant sans aucune irrégularité avec le reste de la conjonctive. La

conjonctive était soulevée par une grosseur d'une dureté cartilagineuse. Sur le point central aucune excoriation, ni sécrétion. Toute la tumeur était grosse comme une petite noisette. Le diagnostic n'était fait qu'après l'apparition de la roséole qui n'a duré que trois ou quatre jours. Par la suite, plaques muqueuses de la bouche, à l'an us et à la vulve. La petite malade fut infectée en couchant avec sa marraine porteuse des plaques muqueuses de la bouche.

OBSERVATION XXI (ROLLAND)

Homme de cinquante ans, se présente à la clinique la tête légèrement penchée à droite. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens du côté droit sont augmentés de volume. La paupière inférieure droite, légèrement écartée de l'œil sans être ectropionnée est épaissie, rouge, tendue, luisante, dure au toucher dans toute son étendue. L'ouverture palpébrale rétrécie laisse échapper une chassie sanieuse et mal liée. La cornée, l'iris sont intacts. Il y a simplement un bourrelet chémotique. Je tire alors la paupière inférieure en bas et en avant et j'aperçois, au milieu de la conjonctive palpébrale, une ulcération arrondie, creusée en godet, faite à l'évidoir. Sa surface est lisse, vernissée, d'un aspect nacré; son fond est grisâtre, lardacé, au centre d'une teinte plus foncée, offre un piqueté brunâtre. Ce voyant, je porte le diagnostic du chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale. Deux mois après, le malade présente une roséole généralisée à tout le corps.

OBSERVATION XXII (SNELL)

L'auteur a observé 9 cas de chancres syphilitiques des paupières et de la conjonctive, dont un était localisé sur la conjonctive palpébrale.

OBSERVATION XXIII (HITSCHMANN)

(Traduite de l'allemand.)

Homme de trente-sept ans, propriétaire d'une entreprise des voitures, vient nous consulter pour une tuméfaction indolore de l'œil droit. La paupière supérieure droite est un peu tombante, rouge dans sa moitié interne, où on sent à travers la peau une tumeur dure. La conjonctive de la paupière inférieure est injectée. Le repli semi-lunaire est tuméfié et infiltré dans sa partie supérieure, où il avoisine l'ulcération de la conjonctive.

Dans la partie supéro-interne du cul-de-sac conjonctival existe un ulcère, empiétant aussi bien sur la conjonctive bulbaire que sur la conjonctive palpébrale ; ces deux parties de l'ulcère qui se rencontrent dans le cul-de-sac se touchent l'œil étant fermé. L'ulcération est de coloration grise, à bords indurés. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires sont engorgés et indolores.

Le malade a raconté que parmi ses employés il avait un cocher notoirement syphilitique, et qu'il est probable qu'il s'est essuyé le visage avec une serviette dont usait son cocher.

On a porté le diagnostic de chancre syphilitique de la conjonctive, et on a fait une biopsie. Le traitement local, pour ne pas empêcher l'apparition des phénomènes secondaires, est institué.

Nous revoyons le malade deux semaines après ; il existe une roséole et des plaques muqueuses hypertrophiées de l'anus. La paupière supérieure est à peine tuméfiée, mais il est impossible de la retourner complètement, par suite de formation d'un symblepharon.

OBSERVATION XXIV (REISS)

(Traduite de l'allemand)

Homme de vingt-cinq ans, vient nous consulter pour une conjonctivite granuleuse, dont il est atteint depuis longtemps, à laquelle vint s'ajouter depuis deux semaines une tuméfaction de la conjonctive de l'œil gauche. Le malade raconte qu'il y a huit semaines il a été admis à l'hôpital militaire pour de la trachome, qui à présent, est bien améliorée. Six semaines après son entrée à l'hôpital, le malade s'aperçut d'une sensation de compression siégeant au-dessous de la paupière inférieure gauche, sensation comparable à celle d'un corps étranger. Deux semaines après, le malade constate que les ganglions sous-maxillaires du côté gauche sont très tuméfiés.

Préoccupé de son état, le malade s'adressa à nous, et alors nous constatons : l'œil gauche est très rouge, la conjonctive palpébrale et bulbaire présentent un chemosis et des granulations trachomateuses ; il existe dans le cul-de-sac inférieur,

près de l'angle externe, une tumeur dure, à bords nettement indurés, d'aspect lardacé. Grand œdème des parties voisines. Il n'existe qu'un seul ganglion préauriculaire engorgé; les ganglions sous-maxillaires du côté gauche sont très tuméfiés, dures et indolores. Sur le tronc et les extrémités, on constate une roséole typique. Il est difficile de savoir comment le malade a pu être infecté pendant son séjour à l'hôpital. En tout cas, il n'est pas impossible que cette contamination ait pu avoir lieu au moyen des instruments qui servaient au traitement de la trachome.

OBSERVATION XXV (RIÉGEL)

Malade présentée à la Société médicale de Nürnbergue.

L'auteur présente une femme atteinte d'un chancre de la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure droite; la paupière était tellement œdématiée que pendant longtemps on ne pouvait pas la retourner, et le diagnostic exact n'était porté que par la suite quand apparut une éruption papuleuse syphilitique.

OBSERVATION XXVI (DUBOYS DE LAVIGERIE)

(Malade présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris
le 6 juillet 1897.)

L'auteur présente une malade atteinte d'un chancre induré siégeant à la partie externe du cul-de-sac conjonctival supérieur de l'œil droit avec adénopathie pré-auriculaire et sous-maxillaire. Le petit-fils de cette malade est atteint de mani-

festations syphilitiques; il a été impossible de savoir comment la contamination s'était produite.

OBSERVATION XXVII (MAZET)

M^{me} L..., âgée de cinquante ans, vient nous consulter pour une petite affection conjonctivale persistante malgré de fréquents lavages boriqués qu'elle pratique chaque jour. Rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires, jamais de fausses couches. Il y a environ quinze jours, elle a vu se développer sur le bord de la paupière inférieure de l'œil droit, une légère rougeur accompagnée d'une petite tuméfaction.

Quelques jours après il est survenu un œdème des paupières. La malade soumet son œil à de fréquents lavages boriqués et en une dizaine de jours tout rentre dans l'ordre. L'œdème a disparu; il ne reste plus que de l'hyperhémie de la conjonctive et toujours la même petite tuméfaction. La malade se décide à nous consulter et alors nous constatons : le milieu du bord marginal et de la paupière inférieure droite présente une petite rougeur, limitée, sans caractère bien extraordinaire, sans ulcération. La paupière retournée, nous mettons à découvert une petite érosion, arrondie, bien limitée, du volume d'une lentille et située à un ou deux millimètres du bord marginal. Cette érosion paraît être sur le même plan que les tissus voisins.

Les bords un peu congestionnés ne sont pas surélevés, ne forment pas bourrelets et se présentent sans caractères bien nets. Le centre de la lésion offre un aspect chagriné, de couleur

jaunâtre. Pas de suintement à la surface. En prenant cette érosion entre les doigts, on constate une petite induration profonde et arrondie.

Dans son ensemble la lésion offre toutes les apparences de l'inflammation chronique d'une glande de Meibomius, nous pensons donc avoir affaire à un petit chalazion suppuré. Aussi nous ordonnons à la malade quelques massages à la pommade au bioxyde jaune de mercure. Après huit jours de ce traitement la malade revient nous trouver.

En procédant à un nouvel examen, notre regard est attiré par un gonflement des régions pré-auriculaires et sous-maxillaire.

A la palpation, nous constatons alors un engorgement des ganglions pré-auriculaires, parotidiens et sous-maxillaires. La pléiade ganglionnaire formait une véritable chaîne allant de l'oreille à la clavicule. Nous pensons aussitôt à un chancre de la conjonctive.

Il restait à trouver l'origine de l'infection. Or, nous avons appris que deux mois auparavant notre malade avait gardé et soigné pendant quelque temps un enfant de sa fille. Celui-ci était mort à l'âge de cinq mois, couvert de syphilides pustuleuses. Dans ce cas la contamination était donc des plus faciles.

Nous prescrivons alors un traitement mercuriel interne. Un mois après le chancre avait totalement disparu, et la roséole en faisant son apparition venait confirmer notre diagnostic.

OBSERVATIONS XXVIII, XXIX, XXX (DAGUILAYSKI)

(Communication faite à la Société d'ophtalmologie
de Saint-Pétersbourg)

L'auteur cite trois observations de l'induration syphilitique primitive de la conjonctive.

1^{er} cas. — Au milieu de la paupière inférieure et en dehors, on aperçoit une saillie qui est très dure au toucher. Mais c'est sur le cul-de-sac de la paupière inférieure et sur la conjonctive bulbaire qu'est localisée l'altération principale. Le cul-de-sac inférieur offre plusieurs plis dont un, la paupière étant ectropionnée, présente un monticule rougeâtre succulent, dont le sommet est occupé par un ulcère aux bords déchiquetés et au fond d'un jaune sale. Sur la conjonctive bulbaire, comme prolongement du monticule susdit, se trouve une autre ulcération portant les mêmes caractères comme aspect et dureté. Le reste de la conjonctive bulbaire est œdématié et injecté. Les phénomènes réactionnels sont peu prononcés. Les glandes préauriculaires, sous-maxillaires et celles du cou sont gonflées, pas douloureuses, du côté correspondant à l'œil affecté, c'est-à-dire à droite. Comme étiologie, la malade invoque le fait d'avoir baisé et embrassé l'enfant illégitime de sa sœur, qui à peine venu au monde, ne cesse de présenter toutes sortes d'affections. D'abord c'était une éruption mal déterminée sur le pénis, ensuite des taches rouges à l'anus, desquamation de la peau du front, coryza, chute des ongles. Évidemment il s'agit des phénomènes hérédo-syphilitiques, bien que la malade

prétende que la mère de l'enfant était bien portante. Au bout de cinq semaines environ, apparition d'une éruption papulo-syphilitique caractéristique. Dans les 2 autres cas, l'ulcération indurée était située, dans le premier cas, sur le cul-de-sac supérieur, et dans le deuxième cas, sur celui de la paupière inférieure. Le diagnostic fut fait en se basant sur l'aspect, le gonflement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires, et sur l'effet heureux de la médication spécifique.

OBSERVATION XXXI (DERJAVINE)

Chez un homme de vingt-deux ans, il existait un chancre bien caractéristique sur la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure droite avec tuméfaction des glandes sous-maxillaires. Six mois après apparaissent les symptômes de la syphilis secondaire. Le mode de l'infection ne put être déterminé.

OBSERVATION XXXII (ASTENGO)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale de la paupière inférieure droite, chez un marinier de vingt et un ans, suivi de roséole et d'engorgement du ganglion préauriculaire du côté correspondant.

OBSERVATION XXXIII (ELLET)

Traduit de l'anglais.

Homme de vingt-quatre ans, vient nous consulter pour une inflammation de l'œil droit, qui date depuis quatre jours, et présente extérieurement l'aspect d'un chalazion, situé dans l'extrémité interne de la paupière supérieure. En retournant la paupière on constatait la présence d'un ulcère, à bords élevés et plus blancs que le centre, et à base indurée. Une sécrétion modérée ; pas de douleurs, mais une tension sensible. Les parties voisines de la conjonctive palpébrale et de la conjonctive bulbaire étaient injectées. Le ganglion préauriculaire du côté droit est tuméfié et dur, de même ceux de la région cervicale. Il est très possible d'expliquer la contamination du malade par ce fait qu'il avait l'habitude de se laver le visage dans les lavabos des hôtels et qu'il se servait des serviettes publiques. Quatre semaines après le début de l'affection, apparition d'une roséole généralisée à tout le corps.

OBSERVATION XXXIV (SULZER)

Enfant de huit mois. Chancre induré de la conjonctive tarsienne supérieure gauche et de la face cutanée. Au début, l'aspect était celui d'une conjonctive pseudo-membraneuse. Il y avait une membrane qui se détachait facilement de la muqueuse légèrement saignante. La peau de la paupière fut ainsi enlevée par cette fausse membrane. Bientôt les gan-

glions préauriculaires furent engorgés. Chez la mère, on reconnut l'existence de syphilides pharyngées qui avaient succédé à un chancre pharyngé.

OBSERVATION XXXV (DE BERARDINIS)

Homme de vingt-six ans, tonnelier. Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure gauche, empiétant sur le cul-de-sac correspondant. Ganglion préauriculaire du côté gauche tuméfié, dur, indolore et mobile. Une éruption maculo-papuleuse est apparue vingt jours après.

OBSERVATION XXXVI (SGROSSO)

Femme de trente-deux ans, blanchisseuse. Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure gauche. La lésion était une petite tumeur gris-rougeâtre, de consistance cartilagineuse, portant une petite excoriation à son sommet. Adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire.

OBSERVATION XXXVII (SGROSSO)

Homme de vingt-quatre ans. Chancre de la conjonctive palpébrale supérieure gauche. La lésion était une petite tumeur non ulcérée, de consistance dure. Le ganglion préauriculaire était tuméfié; de même les ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Une roséole généralisée à tout le corps est apparue quinze jours après le début de l'affection.

OBSERVATION XXXVIII (MICHEL) résumée

Chez une fille de cinq ans, à la suite d'un eczéma impétigineux des paupières, l'auteur a vu se développer un chancre de la conjonctive palpébrale inférieure droite. La lésion consistait en une petite ulcération, située un peu en dehors du milieu de la paupière.

Par la suite, l'auteur a constaté sur toute la conjonctive oculaire des nodules jaunâtres, petits et ronds. Sur la conjonctive bulbaire opposée à la lésion palpébrale se trouvait une excoriation superficielle. L'adénopathie est apparue quatorze jours après. Le fait de la non apparition de la roséole, l'auteur l'explique par l'institution précoce du traitement.

OBSERVATION XXXIX (ROHMER)

Garçon de huit ans, vivant dans sa famille, se présente à l'hôpital avec une rougeur de la conjonctive palpébrale inférieure droite, et au milieu de la surface conjonctivale, une petite fausse membrane, qui rappelait une brûlure superficielle. Au bout de quelques jours cette fausse membrane ne tarda pas à s'ulcérer, puis tous les caractères du chancre dur apparurent très nettement ; induration, aspect spécial de l'ulcération, ganglion preauriculaire, Étiologie inconnue.

OBSERVATION XL (MARLOW)

L'auteur a vu la malade deux fois ; la première fois, à l'âge de cinquante-quatre ans, elle lui était adressée par un médecin pour une affection de l'œil droit, et à l'examen il a constaté un chancre caractéristique du cul-de-sac conjonctival inférieur droit. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires étaient tuméfiés. La malade soignait un enfant hérédosyphilitique.

Dix ans après, l'auteur est consulté de nouveau par la malade. A l'examen, il trouve une kératite interstitielle typique : la cornée toute entière était occupée par infiltration diffuse.

OBSERVATION XLI (GELLÉ)

Homme de vingt-quatre ans. Double chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale et de la fosse nasale. Le chancre conjonctival siégeait à la partie interne de la conjonctive palpébrale supérieure droite.

Il existait là une tuméfaction en forme de pastille, à surface lisse, non ulcérée, de consistance dure et parcheminée.

Roséole. Ganglions préauriculaires volumineux.

Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens sont tuméfiés des deux côtés. Il existe un ganglion sus-hyoïdien.

Mode d'infection : un corps étranger pénètre dans l'œil droit du malade : un de ses camarades, retournant la pau-

pière, le lui enlève à l'aide d'une feuille de papier à cigarettes roulée entre les doigts et peut-être mouillée avec la **salive**.

Le chancre pituitaire siégeait sur la cloison nasale à 1 centimètre environ de l'orifice nasal. Il y avait là une tuméfaction mollassse et diffuse, donnant la sensation d'une boule d'œdème, et portant sur sa face externe une ulcération à base dure, cartilagineuse.

L'auteur croit que le chancre pituitaire était inoculé soit par les doigts du malade, soit par l'intermédiaire des larmes infectées.

OBSERVATION XLII (ORMOND)

L'auteur décrit un chancre dans le cul-de-sac conjonctival supérieur.

Le ganglion préauriculaire était engorgé. Une éruption papuleuse survint plus tard sur le corps et les jambes.

OBSERVATION XLIII (AUBINEAU) (résumée)

Femme de vingt-deux ans. Chancre induré de la conjonctive palpébrale inférieure droite. Apparition très précoce du ganglion préauriculaire. Évolution particulièrement maligne. Diagnostic confirmé par la constatation des spirochètes dans les frottis. Roséole. Kératite interstitielle évoluant parallèlement au chancre et n'ayant pas disparu dix mois après le début de l'affection. La femme enceinte accouche d'un enfant mort-né. Symblépharon.

OBSERVATION XLIV (RICARDO-SPARTANO)

Homme de trente et un ans, menuisier. Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure gauche. La lésion était une petite tumeur ovale, de consistance cartilagineuse, longue de deux centimètres environ. Le ganglion préauriculaire gauche était tuméfié, mobile et indolent. Quelques ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Ganglion épitrochléen. Une éruption papulo-squameuse généralisée.

OBSERVATION XLV (ANGELIS)

Enfant de cinq ans. Les parents de l'enfant se portent à merveille. Depuis huit jours, l'œil gauche de l'enfant est devenu rouge, larmoyant, les paupières sont collées le matin; l'enfant se plaint de picottements de cet œil. A l'examen : rougeur de la conjonctive bulbaire et palpébrale avec sécrétion à la base des cils. Dans la région du cul-de-sac inférieur à la conjonctive, on trouve une ulcération dont l'examen attentif nous fait penser qu'il s'agit d'un chancre syphilitique. Cette ulcération a une forme ovale, d'une dimension de 1 centimètre, les bords sont légèrement surélevés et elle est recouverte d'une couenne que l'on détache assez difficilement et qui laisse à nu une surface rouge saignant légèrement. Cette ulcération repose sur une base indurée.

L'induration n'est douloureuse ni à la pression, ni spontanément. Adénopathie des régions préauriculaire et sous-

maxillaire, dans la région sous-maxillaire gauche. Ganglion épitrochléen du côté gauche. Trente-deux jours après, apparition des phénomènes secondaires. L'étiologie de ce cas reste inconnue.

OBSERVATION XLVI (DUBOUCHER)

Le 23 juillet 1908 se présente à notre consultation un indigène de vingt ans, venu pour se faire extraire un petit éclat de bois situé dans la paupière supérieure droite ; cette écharde aurait pénétré par la surface conjonctivale de ladite paupière. Il existe une grosse tuméfaction de la paupière et une injection conjonctivale intense. La paupière retournée, nous constatons sur la surface conjonctivale la présence d'une lésion circulaire en surface. On perçoit nettement à travers la peau et le tarse, l'existence d'une induration qui nous fait penser au chancre syphilitique. Le malade nous raconte que l'écharde a pénétré dans l'œil il y a un mois environ. Quelques heures après son introduction, ce corps étranger fut enlevé par deux mauresques qui glissèrent leur langue dans le cul-de-sac conjonctival supérieur. Cette petite opération terminée, le malade fut immédiatement soulagé et n'éprouva plus la moindre gêne. Mais trois semaines après, les douleurs réapparurent de jour en jour plus vives, l'œil devint rouge, larmoyant et très tuméfié. A l'examen, la paupière est très tuméfiée, l'œil malade est constamment fermé. Larmoiement intense. Arborisation vasculaire très marquée et un peu de chémosis de la conjonctive de la paupière malade. La paupière retournée, nous constatons une lésion nettement circulaire, de la surface d'une pièce de 50 centimes,

à peine tangente au bord ciliaire, et débordant le tarse pour pénétrer dans le sillon conjonctival. Elle est étalée, à bords plats, très légèrement érosive, à fond gris opalin. Elle est nettement indurée. C'est une induration épaisse, ligneuse, bien différente par conséquent de la sensation qu'on éprouve à la palpation du cartilage tarse. Le malade accuse de vives douleurs qui l'empêchent de se livrer à ses occupations habituelles. L'œil opposé est absolument sain. Adénopathie très nette à la vue aussi bien qu'à la palpation ; le malade semble avoir les oreillons de ce côté. Le ganglion pré-auriculaire et les ganglions parotidiens sont volumineux. Au cou, nous trouvons des ganglions sous-maxillaires droits moyennement engorgés, et au-devant du sterno-mastoïdien quelques petits ganglions de la chaîne cervicale antérieure.

Nous avons recherché les deux mauresques et nous avons trouvé que l'une d'elles présentait des lésions secondaires indubitables (plaque de la langue, des lèvres et du pharynx). Il est évident que l'inoculation a dû se produire au niveau de la plaie occasionnée par l'écharde. Le 7 septembre, apparition d'une syphilide papuleuse discrète et de plaques muqueuses labiales et palatines. Douleurs ostéocopes. La surface du chancre est cicatrisée.

OBSERVATION XLVII (CH. ROCHE)

Homme de vingt-quatre ans, ouvrier des quais. Nous voyons ce malade pour la première fois le 2 avril 1908. Il se présente à nous avec l'œil droit très gonflé, les paupières tuméfiées ne peuvent pas s'ouvrir spontanément. Comme antécédents,

rien à noter. Le malade est gêné depuis une quinzaine de jours. On constate un œdème considérable des deux paupières, une légère sécrétion et un chémosis volumineux. La cornée est intacte, le malade voit bien, ne ressent aucune douleur. Sur la paupière supérieure et inférieure, en arrière du bord libre, en dehors des points lacrymaux, existent deux petites ulcérations, qui, l'œil restant fermé, sont en contact. Ils ont la dimension d'un pois et sont recouverts d'une sorte de fausse membrane très adhérente. Ces deux ulcérations reposent sur une base très indurée. En avant du conduit auditif externe existe un volumineux ganglion, indolent et mobile. Plus bas, on sent toute une chaîne ganglionnaire. Nous posons le diagnostic de chancre induré, et nous adressons le malade à l'Institut Colonial du Pharo pour rechercher le spirochète. L'examen fut négatif.

Le 14 avril nous constatons une éruption cutanée qui a envahi le thorax et l'abdomen, et ne laisse aucun doute sur le diagnostic.

OBSERVATION XLVIII (HOUDART)

En novembre 1904, un soldat de vingt et un ans se présente avec une lésion de la face muqueuse de la paupière inférieure droite, qu'il attribue à une morsure, datant de plusieurs semaines. La lésion est indolore par elle-même. Une semaine après son état s'aggrave considérablement, tuméfaction énorme, chémosis, entropion, blépharospasme intense, sécrétion abondante faisant penser à une infection blenorhagique.

L'absence de gonocoques éclaira notre appréhension au sujet de la nature supposée de l'infection. La paupière renversée, nous avons trouvé sur la face tarsienne conjonctivale une ulcération saignotante, rouge, allongée dans le sens transversal, n'atteignant pas le bord ciliaire et s'étendant vers le cul-de-sac ; l'ulcération reposait sur une zone indurée, cartilagineuse, comprenant toute la hauteur de la région et dépassant les limites de la perte de substance.

Le ganglion satellite fut aussitôt cherché et trouvé au niveau de la boule graisseuse de Bichat sous forme d'une petite sphère dure, sensible au toucher, perceptible en saisissant la joue entre le pouce et l'index ; localisation peu habituelle sur laquelle le malade lui-même attira l'attention à cause d'une sensation de raideur douloureuse à l'occasion des mouvements de la joue et s'irradiant vers l'angle interne de l'œil dans le sillon naso-palpébral.

C'était un chancre syphilitique.

OBSERVATION XLIX (Von MICHEL)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure droite chez une femme de cinquante-six ans, qui couchait dans un lit avec sa fille, affectée d'un chancre syphilitique des parties génitales. Il existait une tuméfaction indolente des ganglions régionaux.

OBSERVATION L (LEBER)

L'auteur rapporte un cas de chancre syphilitique de la partie externe du cul-de-sac conjonctival supérieur droit

chez un ouvrier de vingt-cinq ans. Les ganglions préauriculaires, sous-maxillaires et cervicaux étaient tuméfiés et indolores. La réaction de Wassermann était positive, de même la recherche des spirochètes. Le malade, casseur de pierres, admet qu'il fut infecté par son camarade, qui a cherché à lui enlever de l'œil un petit fragment de pierre.

OBSERVATION LI (SNITOWSKY) résumée

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure. Infection extra-génitale. La lésion était une tumeur de la grosseur d'une prune. Une injection sous-cutanée (d'après Wechsellmann) de 0,40 d'arsenobenzol a eu une action étonnante ; la tumeur était résorbée avec une « rapidité magique » en quelques jours.

OBSERVATION LII (YUDIN)

Chancre de la conjonctive palpébrale. « Vestnik Oftalmolog. », Moscou, 1910, XXVII, 378-407.

OBSERVATION LIII (Personnelle)

Il s'agit d'un petit malade de quinze ans, élève-orfèvre, qui est couché au lit n° 45 de la salle Henri IV, dans le service du professeur Gaucher.

Antécédents personnels. — Rien à noter.

Antécédents héréditaires. — Père mort le 16 février 1913.

Il nous a été impossible de déterminer exactement la maladie dont a souffert le père, cependant nous avons appris, que dès le début de l'année 1913, il a présenté sur tout le corps des plaies multiples, des ulcérations, et qu'en même temps son œil droit était « tout rouge ».

La mère du malade est soignée à l'hôpital Saint-Louis pour une arthropathie syphilitique. Nous n'avons pas de renseignements, si elle a eu des fausses-couches multiples.

Histoire de la maladie :

Le début de la maladie remonte aux premiers jours de février dernier. S'apercevant d'une petite tuméfaction de la paupière supérieure droite, notre petit malade est allé à la consultation de l'hôpital Rothschild, où on a porté le diagnostic d'abcès de la paupière, et on le soigna par des pansements humides chauds. Le 1^{er} mars étant venu à la consultation du professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis pour de la gale, on lui examine sa paupière malade, et on reconnaît un chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale.

État actuel :

Nous nous trouvons en présence d'un petit garçon à aspect pâle et chétif, qui présente dans la partie externe de la surface cutanée de la paupière supérieure droite une tuméfaction de couleur rouge vif. L'œil droit n'est pas complètement fermé ; la fente palpébrale est rétrécie surtout dans sa partie externe. La commissure externe est collée par de petites croûtes sur une étendue de quelques millimètres.

La paupière est le siège d'un œdème dur. Les cils des paupières supérieure et inférieure sont très raréfiés, tombants.

En essayant de retourner la paupière supérieure, on n'y

parvient pas complètement, on arrive cependant à apercevoir que toute la partie externe de la conjonctive palpébrale est occupée par une érosion, de la grosseur d'une pièce de 50 centimes, de forme ovale, à fond rouge chair musculaire, luisant, peu humide et à bords durs, donnant dans son ensemble une sensation de dureté nettement différente de celle du cartilage tarse. Cette érosion repose sur une base du tissu très induré. Si on palpe l'érosion à travers la peau de la paupière, on a encore cette sensation de dureté, un peu atténuée cependant.

Le reste de la conjonctive palpébrale, aussi bien de la paupière supérieure que de la paupière inférieure est très injecté. Sur la conjonctive bulbaire, on ne trouve rien d'anormal, tout au plus peut-on constater au voisinage de l'angle interne de l'œil l'existence de deux ou trois vaisseaux très tenus.

Il n'y a pas de larmoiement, pas de sécrétion purulente. A aucun moment le malade n'a accusé des douleurs, ni de photophobie. Cependant, il nous a déclaré qu'il voit un peu moins bien de son œil malade que de son œil sain, sans que nous en puissions établir la cause exacte, et qui résulte probablement de l'abaissement de la paupière supérieure.

En recherchant l'adénopathie, nous avons trouvé du côté droit, un peu au-devant de l'oreille, un ganglion dur, mobile et indolore, de la grosseur d'un haricot. Sous l'angle de la mâchoire du même côté droit existe une grosse masse ganglionnaire à contours peu nets; en train de se résorber après l'institution du traitement.

J'ai trouvé également deux ganglions rétro-occipitaux de

chaque côté de la nuque. Pas de ganglion aux aisselles ; aux aisselles de petits ganglions.

A l'entrée du malade dans le service, il présentait une roséole généralisée à tout le corps, qui est presque complètement disparue maintenant, sauf quelques rares éléments. Du côté droit de la nuque, se voit une grosse papule squameuse.

A l'examen de la verge du malade, on ne trouve rien d'anormal ; d'ailleurs le malade nous déclare qu'il n'a jamais eu de rapports sexuels.

Appareil digestif : La langue est saburrale ; le malade est constipé. Les amygdales sont rouges, hypertrophiées ; sur l'amygdale gauche existe une plaque muqueuse. A l'anus, on ne trouve rien.

Aux poumons et au cœur rien à noter. Le pouls est accéléré, 108 pulsations à la minute. Pas de fièvre. L'état général est bon.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Le malade se plaint d'une céphalée sans localisations précises. Pas de vertiges. Pas d'insomnie vraie, mais le sommeil est trouble, d'après les dires des voisins du lit malade. Il est intéressant de noter que le malade présente une dépression assez marquée du sternum, et que la canine supérieure droite est déviée en arrière et en dedans. Les incisives sont normales.

Diagnostic : chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure droite, et l'existence de la roséole et de l'adénopathie typique permettent de s'abstenir de la discussion du diagnostic de par soi-même évident.

Reste à expliquer l'étiologie de ce cas. Étant donné que le malade nie énergiquement avoir eu des relations sexuelles,

ni avoir subi, quelque temps avant sa maladie, des baisers de personnes suspectes, d'autre part, prenant en considération que le père de notre petit malade était couvert d'ulcérations sur toute la surface du corps, et atteint en même temps d'une maladie de l'œil droit, accompagnée d'une rougeur diffuse, signes très probables d'infection syphilitique, on pourrait penser, avec juste raison, que c'est à son père que notre malade doit sa syphilis.

CONCLUSIONS

I. — Le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale est une affection rare.

II. — Il se rencontre plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

III. — Les médecins et les sages-femmes en sont plus souvent atteints que les autres.

IV. — Le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale présente les caractères suivants : ulcération indolente, à bords sans reliefs, à fond humide, luisant, rouge musculaire ou blanc-grisâtre lardacé, reposant sur une base infiltrée, dure, cartilagineuse.

V. — L'adénopathie est constante et indolente ; le ganglion préauriculaire existe toujours et apparaît en premier lieu.

VI. — La *restitutio ad integrum* de la paupière malade s'observe le plus souvent.

Vu : le Président de la thèse,

E. GAUCHER

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS. — Chancre of the upper lid (Brit. med. Journ., 1882, II, p. 1253).
- ANGELIS. — Chancre du cul-de-sac conjonctival (Clin. ophthalm. Paris, 1908).
- ASTENGO. — Sifiloma primario della conjunctiva palpebrale (Annali d'Ottalmol., 1899, p. 160).
- AUBINEAU. — Chancre de la conjonctive (Ann. d'Occulistique. Paris, 1907, n° 17).
- AUMONT. — Chancre syphilitique des paupières. Thèse de Paris, 1893.
- BOYARD. — Gommès de la conjonctive. Thèse de Paris, 1895.
- BRINKEN. — Ulcus durum auf der Innenfläche des oberen Augenlids (Klin. Monatsbl. für Augenheilkundl., 1884, p. 371).
- BULKLEY. — Unusual methods of acquiring syph. with report of cases (Medic. News, 1899, March and Journ. of the Amer. med. Assoc., 2 febr.).
- BULL STEDMANN. — Americ. Journ. of med. Science, 1878, october
- CAUVIN. — Tarsite syphilitique (Arch. d'Ophtalm., 1910).
- CLAYES. — Chancre infectant de la conjonctive palpébrale (Annales de la Société de Médecine de Gand, LXI, p. 206).
- DAVID BECK. — Hard chancre of the eyelids conjunctiva. Contrib. prom. the ophtalm. Clin. Med. College of the Ohio, 1886. Thèse de Fortuniadès.
- DARIER. — Chancre conjonctival (le Mercredi médical, 1894, XXIV, p. 294).

- DAGILAIKSI. — Drei Falle von syphilitischen Primäraffekt an der konjunctiva (Klin Monatsbl. für Augenheilkunde, 1898. Arch. d'Ophthalmol., 1898).
- DESPAGNET. — Rec. d'Ophthalmol., 1881, p. 522.
- DENTI. — Ulcero syphilitico primitivo della conjunctiva palpebrale (Annali. d'Ottalmol., 1883).
- DEMETS. — Chancre induré de la conjonctive palpébrale (Ann. de la Soc. de Méd. de Gand, 1883).
- DERJAVINE. — Harter Schanker der Bindehaut des Oberlids. Vestnik Ophthalmologū, 1898.
- DESMARRES. — Dans Wecker et Landolt. Traité d'Ophthalmol. Paris, 1880, p. 410.
- SCHWEINTZ (DE). — Med. gesellschaft zu Philadelphia. 1898, am., 18 Januar (Ann. d'Oculist., 1899).
- EVILLÉ. — Recherches statistiques sur la syphilis oculaire. Thèse de Bordeaux, 1885.
- BERARDINIS (DE). — Sifiloma primaria della conjunctiva (Ann. d'Ottalmol., 1899).
- DUBOYS DE LAVIGERIE. — Ann. d'Oculist., 1896, p. 112.
- DUBOUCHER. — Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale chez un indigène à la suite de manœuvres de léchage en vue d'extraction d'un corps étranger de l'œil (Bull. med. de l'Algérie, 1908).
- ELLET. — A case of chancre of the conjunctiva (Ophthalm. Record, 1899).
- FORTUNIADÈS. — Étude sur le chancre syphilitique des paupières. Thèse de Paris, 1889.
- FOURNIER. — Les Chancres extra-génitaux, Paris, 1897.
- De la Contagion médicale (La France médicale, 1896).
- La Semaine médicale, 1895, XV.
- GALEZOWSKI. — Chancre infectant de la conjonctive palpébrale (Journ. d'Oculistique, 1892, p. 308).
- Du Chancre oculaire et de son diagnostic avec les ulcères gommeux syphilitiques (Bull. de la Société de Derm. et de la Syphil., 1893).
- GAUCHER. — Chancre syph. de la caroncule (Bull. de la Société de Derm. et de la Syph., déc. 1901).

- Chancre syph. de l'angle interne de l'œil (Bull. de la Soc. Derm. et Syph., 1909, 123).
- GASTOU. — Dans la thèse de Groleau. Paris, 1895.
- HERZFELD. — Die syphilitischen Erkrankungen der Angenlider. Dissertation Leiptzig, 1898.
- HITSCHMANN. — Ein Fall von luetischem Primäraffect der Konjunctiva (Wiener Klin Wochenschr, 1896, n° 52.)
- HOUDARD. — Trois chancres de l'œil (Rec. d'Ophtalm. Paris, 1909, 3 s. XXXI).
- KROLL. — Primäraffect der Augapfelbindehaut. Thèse de Breslau, 1910.
- LAPERSONNE. — Du Chancre palpébral (Arch. d'Ophtalm., 1880 et 1881, p. 500).
- LAVERGNE et PERRIN. — Contrib. à l'étude des chancres extra-génit. (Ann. de Derm. et de Syph., 1884.)
- LEBER. — Centrabl. für prakt. Augenheilkunde, 1910, 34, p. 22.
- MARLOW. — Primary chancre of the conjunctiva, 1890. New-York med. Journ. 1 sem.; Primary chancre of conjunctiva followed ten years later by interstitial Keratitis of the same eye (Ophtalm. Record, p. 113, 1904).
- MAZET. — Du Chancre syph. de la conjonctive (Jour. des mal. cutan. et syph., 1897).
- MICHEL. — Klinische Beiträge zur Kenntnis seltener Krankheiten der Lidhaut und Bindehaut (Arch. für Augenheilkunde, 1901, 42).
- VON MICHEL. — Primäraffect der Conjunctiva tarsi (Berlin Klin. Wochenschr. 1910, 1 s., p. 270).
- MONTGOMERY. — Trans. Illinois State méd. Soc. Chicago 1885 (thèse de Fortuniadès).
- MORAX. — Maladies de la conjonctive (Encyclopédie Franç. d'Ophtalm. t. V).
- NEUMANN. — Über extragenitalem Sklerosen. Wiener Klin Wochenschr, 1890 18 nud. 20; Über ungewöhnlichen Sitz der Primäraffekts an der Haut und Schleimhaut (Vien. méd. Presse 1902, n° 9).
- NIVET. — Fréquence relative des différentes variétés des

- chancres syphil. extra-génitaux. Thèse de Paris, 1887.
- ORMOND. — Chancre du cul-de-sac conjonct. supér. (Centralbl. für Augenheilk, 1900).
- PÉLISSIER. — Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire. Thèse de Lyon, 1905.
- PIPET. — Pronostic de la syphilis à chancre extra-génital. Thèse de Paris, 1908.
- POREY-KOSCHITZ. — La topographie des chancres syphilitiques. Charkow, 1890.
- POSPELOW. — Uber extragenitale Syphilisinfection (Arch. f. Dermatold und Syphiligr., 1889, XXI, p. 50).
- PURTSCHER. — Harter Schanker des unteren Lides (Centralbl. für. prakt. Augenheilkunte, 1891).
- REISS. — Ein Fall von primären syphilis der Primaraffect, der Konjunctiva (Arch. für. Dermat. und syphilis. 1895, 35 p. 19).
- RICORD. — Chancre induré du grand angle de l'œil (Ann. d'Oculist. 1840, 24).
- RICCARDO-SPARTANO. — Sifilomi primitivi della conjunctiva e delle palpebre (La Clinica oculistica, 1907, sept.).
- RIEGEL. — Primäraffect der Tarsalbindenhaut (Münch. med. Wochenschr., 1896).
- ROLLAND. — Chancre syph. de la face int. de la paup. inf. (Bulletin d'Oculist. de Toulouse, 1894).
- ROHMER. — Ch. syph. des paup. infér. (Revue générale d'ophtalmol., 1902, p. 136).
- ROLLET. — Caractères clin. du ch. syph. de la conjonctive bulbaire (Revue génér. d'Ophtalmol., 1904).
- RONA. — Monatschr, für prakt, Dermat. 1891, XII, p. 459.
- ROCHE. — Chancre de la conjonctive (Marseille médical, 1908).
- SAVY. — Contributions à l'étude des éruptions de la conjonctive. Thèse de Paris, 1876.
- SGROSSO. — Due osservazioni di sifilosclerosi della conjunctiva. Contributio clinico et anatomopathologico. (Annali d'Ottalmol., 1900).

- SNELL. — Nine cases of chancre of the eyelids and conjunctiva. Ophthalm, Soc. of the united kingdom 13 juni 1895 (Centratbl für pr. Augenheilk., 1895).
- SNITOWSKY. — Ein seltener Fall von Primäraffekt der Conjunctiva der oberen Lides und seine Behandlung mit dem neuen Syphilisheilmittel von Ehrlich-Hata Rousskg Wratsch 1910, n° 34 (Münch. Med. Wochenschr., 1911, p. 269).
- STOURME. — Essai sur le pronostic du chancre céphalique induré. Thèse de Lyon, 1889.
- SULZER. — Chancre induré de la conjonctive (So. d'Ophthalm. de Paris, 1899, déc.).
- SZOKALSKI. — Fall von Ulcus syphiliticum an der Conjunctiva (Zentralbe. für prakt. Augenheilkunde, 1880, p. 380).
- TEPLYASCHIN. — Syphilis par léchage. Wratsch 1887, n° 17. p. 349.
- TERRIEN. — Syphilis de l'œil, 1904.
- TOUCHELAUME. — Chancres syphilitiques de la conjonctive. Thèse de Paris, 1889.
- TREACHER COLLINS. — Roy. London ophthalm. hosp. Reports, 1905.
- VERRY. — Ch. induré de la conjonctive palpébrale (Brit. med. Journal, 1882).
- VIGNES. — Revue générale d'ophtalmol., 1898.
- YUDIN. — Ch. de la conjonctive palpébrale (Vestnik ophtalmologie, Moscou, 1910, p. 378).

